6e Année. NUMÉRO 15. — PRIX : 25 CENTIMES. 14 Avril 1881

PARIS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE, DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

On s'abonne pour un an, à partir du 1er de chaque mois, rue Antoine-Dubois, 2, chez tous les libraires et dans tous les bureaux de poste.
Paris et départements. 10 fr.
Pour l'Etranger. . . . 15 fr.
le port en plus.

DIRECTEUR
E. BOUCHUT
PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
MÉDECIN DE L'HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES,
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,
CHEVALIER DES SS. MAURICE ET LAZARE, D'ISABELLE LA CATHOLIQUE,
COMMANDEUR DE CHARLES III.

Les mémoires, les lettres, les journaux et les livres peuvent être adressés aux **Bureaux du Journal**, rue Antoine-Dubois, 2, ou chez le Dr **Bouchut**, rue de la Chaussée-d'Antin, 38.

Paraissant tous les Jeudis

Les ouvrages dont il est déposé deux exemplaires au Bureau sont annoncés et analysés s'il y a lieu.

6ᵉ Année. Numéro 15. 14 Avril 1881

PARIS MÉDICAL

AVIS

A partir du 15 *Avril* 1881, *les Bureaux du* Paris Médical *seront transférés :* Rue de l'Odéon, 16.

TRAVAUX ORIGINAUX.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — SERVICE DU Dʳ BOUCHUT.

Méningite cérébro-spinale par suite de sarcome du cervelet et de la moelle épinière; névro-retinite; guérison avec paraplégie; épilepsie spinale; eschares; mort; autopsie, —histologie, par MM. Kuhnt et Schultze (1).

(Suite.) (2)

2263. —L'examen précis des néoplasmes a permis de reconnaître, en ce qui concerne le siège, qu'il existait dans la pie-mère de la *moelle dorsale*, à son tiers moyen, une petite tumeur à peu près de la grosseur d'un pois et assez dure sans que l'organe central eût pris part à l'altération en cet endroit. Une tumeur plus grosse, de même consistance, existait dans la pie-mère du tiers supérieur de la moelle dorsale contre le cordon latéral gauche et les cordons postérieurs, haute d'un centimètre et demi et ayant 5 millimètres d'épaisseur. La moelle, à ce niveau, est elle-même le siège d'un néoplasme de consistance plus molle que celle de la méninge, qui occupe les cordons postérieurs jusqu'à la commissure postérieure et la plus grande partie du cordon latéral gauche. Le néoplasme, sur ce point, a déformé l'organe central, et tellement, que toute la substance grise, et avec elle la substance blanche du côté droit, paraît fortement repoussée en avant et à droite.

Une altération analogue du *renflement lombaire* semble plus avancée et beaucoup plus étendue. A la moitié postérieure de la circonférence de ce renflement, siège dans la pie-mère une tumeur ferme ayant une étendue, dans son plus grand diamètre, de 5 millimètres; elle est recouverte par l'arachnoïde, et elle comprend dans son épaisseur les racines nerveuses. Une section transversale démontre le brusque soulèvement de la pie-mère passant sur cette masse néoplasique; elle se limite d'ailleurs assez aisément au produit morbide que l'on observe dans la moelle à ce niveau intégralement dans les cordons postérieurs. Cette portion intra-spinale de la tumeur est généralement très-molle presque dans toute la hauteur du renflement lombaire; telle est son étendue que le diamètre transversal (sa forme est à peu près sphérique) comporte environ 1 centimètre.

Le néoplasme pie-mérien décroît d'abord considérablement dans le *voisinage du conus terminalis ;* en effet, au tiers inférieur du renflement lombaire, il n'existe plus qu'un léger épaississement de la coupe postérieure de la méninge mesurant environ 1 millimètre, tandis que la tumeur médullaire se continue plus bas, englobant dans son expansion les parties centrales des cordons postérieurs et confine d'une manière générale directement à la production de la pie-mère. Ce n'est que dans les segments inférieurs que l'on retrouve entre la première et celle-ci un reste de substance nerveuse saine, à l'inverse de ce qui a lieu pour les deux tiers supérieurs du renflement lombaire et pour la région dorsale où le néoplasme est immédiatement limité par la méninge possédant, du moins dans la région dorsale, sur cette face limitrophe, sa plus grande dimension.

Dans le *conus terminalis* lui-même, d'ailleurs quelque peu confus, on ne rencontre aucune autre lésion ; la tumeur médullaire s'est assez promptement effilée pour y faire absolument défaut.

Le *cervelet*, enfin, présente également une tumeur de la pie-mère dont la localisation ou la topographie par rapport aux régions de l'organe ne saurait être déterminée avec précision, car le morceau qui a subi le durcissement est trop petit pour se prêter à cette étude. Le diamètre de ce néoplasme comporte au maximum 0,007. De plus, la substance de l'organe se trouve atteinte tant à la périphérie qu'au centre par le produit morbide qui a détruit les éléments nerveux dans toutes les directions, ainsi que le démontre l'examen superficiel des anneaux cérébelleux comprimés et même totalement aplatis. La section confirme cet examen et révèle dans l'épaisseur du cervelet une masse molle mesurant au plus 0,007 à 0,008 de diamètre.

L'*histologie* a fourni les résultats suivants :

Les tumeurs de la pie-mère, quelque différentes que fussent les régions où elles s'étaient développées, ont une structure absolument uniforme; elles sont constituées par un réseau de cellules à direction allongée qui, accolées les unes aux autres en rangs pressés sous forme de tractus, englobent dans les mailles qu'elles limitent une masse compacte

(1) Cette étude a également été publiée dans *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1880, nº 27.
(2) Voir le numéro 14.

de cellules rondes à gros noyaux ayant à peu près le diamètre des cellules de la couche granuleuse du cervelet.

Les racines nerveuses sont pour la plupart entièrement intactes; quelques-unes cependant sont parsemées de cellules rondes mentionnées dont l'accumulation s'est faite dans les grandes traînées conjonctives qui parcourent les faisceaux nerveux.

En divers endroits, les néoplasmes contiennent un tissu conjonctif parvenu à maturité, doué de tous les attributs du tissu connectif ordinaire de la pie-mère, mais présentant comme anomalie l'exagération de quantité.

La substance néoplasique, tant dans la moelle que dans le cervelet, se compose de cellules rondes dont les caractères et la grosseur sont identiques à ceux des tumeurs pie-mériennes. Ces cellules, comprimées les unes contre les autres, ne permettent de reconnaître qu'en quelques endroits un semis de fines granulations et aussi de fines fibrilles qui les écartent; on ne peut y constater de traînées de cellules allongées. C'est là un aspect semblable à celui du *gliosarcome ;* la richesse vasculaire n'est pas considérable. En aucun point les éléments néoplasiques ne se sont désagrégés; nulle trace de caséification, de dégénérescence graisseuse, de transformation colloïde, etc.

La petite tumeur de la moelle dorsale et de sa pie-mère offre cette particularité. Exactement comme dans maintes méningites tuberculeuses à prolifération cellulaire modérée, les cellules rondes de la méninge infiltrée gagnent ses tractus spinaux, de sorte que l'on observe les éléments de l'hypergénèse à la périphérie de la moelle et plus ou moins avant dans la substance nerveuse. Les gros néoplasmes ne permettent pas de constater cette disposition aussi nettement, parce que la prolifération cellulaire de la moelle ou du cervelet est alors devenue trop prononcée. Mais dans tous les cas on remarque tout contre les productions hyperplasiques de la pie-mère des éléments de même ordre médullaire ou cérébelleux, à l'exception du segment le plus inférieur de la tumeur lombaire ; *où cesse l'épaississement de la méninge cesse aussi régulièrement la néoformation dans la substance nerveuse adjacente.* Ce n'est pas la couche granuleuse de l'écorce du cervelet que l'observation permet de considérer comme la source originelle des tumeurs cérébelleuses; on ne trouve pas qu'aux points de transition des régions corticales saines et malades, la couche granuleuse se confonde graduellement et directement avec les éléments du néoplasme.

De cette description, il ressort clairement qu'il s'agit d'un *sarcome multiple.* Les tubercules ne sauraient être mis en avant, car nulle part il ne se présenta de processus de caséification, nulle part on ne put constater de cellules géantes ; partout enfin la structure des tumeurs de la pie-mère différait totalement de celle du tubercule. Il n'était pas plus permis de penser aux syphilomes.

Ici doivent se poser plusieurs questions. Faut-il faire rentrer les tumeurs trouvées dans le groupe des gliosarcomes ou non ? Quelles sont les relations de chacune de ces tumeurs les unes avec les autres ? L'une d'elles (primitive) n'a-t-elle pas déterminé la genèse des autres (secondaires) ? Faut-il rejeter d'une manière générale l'idée des métastases ?

Voici, comme l'on sait, d'ordinaire les rapports qui existent entre les sarcomes de la pie-mère et les organes centraux du système nerveux. Le cerveau ou la moelle sont comprimés, atrophiés, ramollis par la tumeur sans qu'il se produise de prolifération cellulaire identique dans le tissu nerveux lui-même. De même, les sarcomes ou plutôt les gliosarcomes et les gliomes, nés à l'intérieur de la substance cérébrale ou médullaire, se confinent dans les organes centraux sans se propager aux enveloppes et surtout sans atteindre la pie-mère.

Il n'y a que les gliomes primitifs de la rétine, dont la structure histologique concorde essentiellement avec celle de la portion des tumeurs dont il s'agit siégeant dans la substance nerveuse, qui fassent exception à cette règle et encore en des cas très rares. Ainsi, il existe une observation de J.-Arnold d'Heidelberg et de Recklinghausen (communiquée par Knapp,)— des tumeurs intra-oculaires — et par Hirschberg — cancer médullaire de la rétine — décrivant un gliome rétinien primitif accompagné de tumeurs multiples métastatiques et dans les divers départements du cerveau et de la moelle, et dans la pie-mère de ces organes.

Notre cas pourrait donc nous donner à penser que, de même que le gliome rétinien est issu des couches granuleuses de cette membrane, la couche granuleuse du cervelet aurait été l'origine du néoplasme et que, consécutivement, se seraient développées les autres tumeurs par métastase. Mais alors la plupart des productions ultérieures devraient occuper la substance nerveuse et non la pie-mère conformément à l'évolution métastatique issue du gliome rétinien, et, au surplus, leur aspect microscopique ne prête pas un appui suffisant à cette opinion, la néoplasie conjonctive observée dans les tumeurs pie-mériennes modifiant leur texture, tandis que les néoplasmes d'ordre métastatique ont coutume de reproduire uniquement la structure du produit morbide primitif. Si l'on ajoute que nous avons noté une tumeur isolée de la pie-mère, constatation qui n'a pu être faite pour la substance nerveuse, et qu'en outre, au terme de nos connaissances sur l'accroissement des sarcomes, il faut attribuer aux tumeurs dures parsemées de tissu connectif de la pie-mère une évolution plus lente qu'aux tumeurs molles de la substance nerveuse ; si l'on réfléchit enfin que bien évidemment il y a eu ici une pénétration des éléments cellulaires des néoplasmes pie-mériens jusque dans les districts cérébelleux et médullaires immédiatement contigus, il s'en suit que les *tumeurs de la pie-mère doivent être considérées comme primitives.*

Laquelle d'entre elles s'est développée la première ? Les deux grosses tumeurs des régions du cervelet et de la moelle lombaire se sont-elles formées simultanément en tant que lésions primitives pour être plus tard suivies des autres ? Voilà des problèmes qu'on ne saurait résoudre avec certitude. Les symptômes cliniques se rapportaient, il est vrai, au début, simplement à l'existence de la tumeur du cervelet ; mais il se pourrait parfaitement que le néoplasme, très-étendu de la portion lombaire de la moelle, fût demeuré latent auparavant pendant un certain temps ; de sorte que

la série des phénomènes symptomatiques ne fournit aucune conclusion certaine.

En conséquence, si les tumeurs de la pie-mère, dont les caractères micrographiques sont ceux du sarcome à cellules rondes, modérément riche en tissu connectif, doivent être considérées comme primitives, il nous paraît plus à propos de désigner l'ensemble de la néoplasie sous la dénomination de *sarcome à cellules rondes* ou tout bonnement de sarcome, bien que les néoplasmes de la substance nerveuse considérés individuellement fassent l'impression du gliosarcome. Ce serait s'écarter du langage usuel adopté jusqu'alors que de désigner un sarcome primitif de la pie-mère sous le nom de gliosarcome, quoique d'autre part on puisse prétendre que d'une manière générale ou constante le gliosarcome ordinaire provient du système conjonctif de l'appareil nerveux, système sans nul doute en connexion avec la pie-mère, et que ce n'est en quelque sorte que par habitude qu'il demeure limité aux organes nerveux. Si maintenant, bien que par exception, la tumeur venait à se propager à la pie-mère, il n'y aurait plus de raison pour rejeter la dénomination de gliosarcome. Voici seulement ce qui s'y oppose pour le cas présent. D'après les analyses que nous avons exposées plus haut, la pie-mère doit être considérée comme le siège primitif des néoplasmes; 2° la propagation d'un gliosarcome intra-cérébral et intra-spinal à la pie-mère n'a pas encore jusqu'à ce jour été observée.

Assurément, il est assez remarquable que, eu égard au rapport intime que la pie-mère affecte avec la substance nerveuse dans laquelle pénètrent des prolongements conjonctifs, on *n'ait pas vu plus fréquemment de tumeurs sarcomateuses dans les deux systèmes.* La bibliographie ne m'a pas fourni un seul cas de ce genre. *Ce fait est le seul connu.*

Toutes les tentatives faites pour établir un diagnostic différentiel entre les tumeurs méningées et médullaires se sont toujours basées sur l'opinion que toute tumeur sarcomateuse se montre isolément soit dans les membranes, soit dans la substance nerveuse. Les néoplasmes pouvant occuper à la fois les deux sortes de tissus ainsi que le démontre notre observation, le diagnostic doit jusqu'à nouvel ordre en ressentir de profondes atteintes et se trouver désarmé.

Il importe encore d'ajouter, en ce qui concerne la moelle, qu'à la périphérie des tumeurs qui occupent essentiellement les cordons postérieurs dans les régions lombaires et dorsales et moins les cordons latéraux, on rencontre partiellement des signes de dégénérescence affirmée. Il me paraît superflu d'entrer en des détails histologiques à cet égard; contentons-nous d'indiquer que, dans la plupart des endroits, la néoplasie, loin de se limiter brutalement,—des segments de moelle restants et d'ailleurs déplacés de leur situation normale,—se prolonge, surtout là où son développement est le plus faible, le long des tractus conjonctifs plus volumineux, d'une manière irrégulière entre les fibres nerveuses; il semble en quelque sorte qu'il y ait simplement une anomalie dans l'étendue des cloisons.

Les symptômes spéciaux déterminés par les tumeurs s'expliquent suffisamment par le siège de ces néoplasmes et la compression évidente de la moelle dans les régions dorsales lombaires. On ne constate pas, d'ailleurs, de dégénérescences secondaires nettes.

Le peu de douleur, malgré l'envahissement d'un grand nombre de racines postérieures par la tumeur, mérite d'être remarqué; il est vrai que la plupart d'entre elles étaient demeurées indemnes. Toutefois, l'on a continué de différencier les tumeurs méningées de celles de la moelle par l'existence de fortes douleurs se rattachant à la lésion méningée; *ces douleurs n'ont donc rien de pathognonomique.*

L'examen de la rétine pratiqué par le Dr Kundt fut négatif : absence de néoplasme dans cette membrane, ni papillite, ni rétinite anatomiquement perceptibles. On se rappelle, d'ailleurs, que l'examen ophthalmoscopique n'en avait découvert les signes que temporairement.

S'est-il produit dans le cours de la maladie une inflammation de la papille histologiquement démontrable, ou ne s'est-il développé qu'un étranglement de cette région (staungspapille) temporaire en rapport avec les phénomènes de compression cérébrale qui existèrent pendant un temps, étranglement ayant rétrocédé quand décroissaient ceux-ci? Je ne sais. Cette dernière opinion me paraît en réalité plus vraisemblable.

Quoi qu'il en soit, avec ces tumeurs sarcomateuses du cervelet et de la moelle, accompagnées d'un épanchement ventriculaire considérable, il y a eu gonflement œdémateux de la papille avec exsudat péripapillaire et stases veineuses de la rétine permettant d'affirmer l'existence d'une maladie organique du système nerveux, comprimant les veines du cerveau.

C'est là une forme du premier degré du processus inflammatoire qui conduit aux formations conjonctives et scléreuses ultérieures, lorsque la maladie cérébro-spinale se prolonge pendant longtemps.

VARIÉTÉS. — MÉLANGES.

2264. — Eau purgative de Rubinat. — De toutes les eaux minérales, l'eau de Rubinat étant celle qui purge le mieux sous le plus petit volume, cette eau a conquis la faveur du public. Mérite-t-elle la confiance des médecins?

Voici quelques renseignements propres à résoudre cette question :

L'eau de Rubinat appartient à la grande famille des eaux pyrénéennes. Elle jaillit à quelques kilomètres de la frontière française, dans le village espagnol dont elle porte le nom, au nord de la province de Lerida. La source, située au centre d'une vallée pittoresque, émerge dans une galerie creusée au-dessus du *Torrent salé*, au milieu de terrains formés de bancs de gypse, de marne et de calcaire.

Sa température à la source est de 13°. Claire et transparente, sa saveur est salino-amère. La chaleur et la lumière n'altèrent ni ses caractères physiques, ni ses propriétés. A basse température, une partie de ses sels se cristallise au fond de la bouteille, pour se redissoudre lorsque le thermomètre s'élève. Sa composition chimique, d'après le rapport de l'Académie de médecine, est la suivante :

Pour 1.000 gr. (1 litre.)	
Sulfate de soude..............	96 gr. 265
— de magnésie...........	3 — 268
— de potasse............	0 — 239
— de chaux..............	1 — 949
Chlorure de sodium..........	2 — 055
Silice, alumine et oxyde de fer.	0 — 038
	103 gr. 814

Il suffit de jeter un coup d'œil rapide sur les chiffres qui précèdent pour reconnaître que l'eau de Rubinat est bien, avec sa riche minéralisation, le prototype des sulfatées sodiques, et que, dès lors, elle doit posséder les propriétés thérapeutiques des purgatifs salins. Ces actions curatives multiples, si importantes qu'elles dominent peut-être toute la matière médicale, il serait oiseux de les énumérer à des praticiens les utilisant tous les jours. Ce qui n'est pas hors de propos, c'est d'appeler l'attention du corps médical français sur des manœuvres peu loyales mises en jeu contre l'eau de Rubinat par le commerce allemand.

Dans un propectus germanique, distribué à profusion, on a comparé des chiffres représentant la composition chimique de l'eau de Rubinat à d'autres chiffres représentant la composition chimique de l'eau de Bude, et on est arrivé à cette conclusion inattendue, que la proportion de sel purgatif dans l'eau pyrénéenne est moindre que dans l'eau d'outre-Rhin.

Le tableau paraît exact; les chiffres sont officiels, mais, par malheur, l'analyse de l'eau de Bude porte sur dix mille grammes, tandis que l'analyse de l'eau de Rubinat ne porte que sur mille. Cela, les honnêtes Allemands ne le disent point.

La fraude a été courageusement dénoncée à la presse scientifique par M. Constantin Paul, secrétaire général de la Société de thérapeutique, et alors les Basiles de l'hydrologie ont essayé d'une autre calomnie. L'eau de Rubinat, ont-ils dit, pourrait ne pas être une eau naturelle : elle est trop riche en sulfate de soude. On l'en a peut-être saturée artificiellement.

Cette insinuation aura le sort du tableau comparatif : les médecins n'en tiendront point compte. Au lieu d'ajouter foi à des cancans intéressés, ils écouteront la voix des hydrologistes compétents. Les documents officiels communiqués par eux aux sociétés savantes de France et d'Espagne établissant bien nettement que l'eau sulfatée sodique de Rubinat est saturée par la nature, les praticiens continueront à en faire usage sans arrière-pensée, et lorsque le hasard les appellera du côté des Pyrénées, qu'ils en profitent pour aller visiter la source la plus purgative du monde. A plusieurs mètres de distance ils verront, surtout en hiver, d'énormes masses cristallines blanches, semblables à des glaçons gigantesques détachés des hauteurs voisines. Ce sont des blocs naturels de sulfate de soude dont la vue convaincrait les plus incrédules.

Pour finir cette notice sur l'eau purgative qui nous affranchit du tribut allemand, voici quelques indications pratiques sur son mode d'administration :

A la dose d'un simple verre à bordeaux (100 à 140 grammes), l'eau de Rubinat produit l'effet énergique d'une bouteille de Sedlitz ou de limonade Rogé. On facilite cette action et on évite l'irritation intestinale en prenant immédiatement après une tasse de thé léger, ou simplement un verre d'eau sucrée.

A la dose minime de 5 à 8 grammes, continuée pendant plusieurs jours, l'eau de Rubinat entretient simplement la liberté du ventre et régularise les excrétions. Il suffit, dans tous les cas, de se rincer la bouche avec un peu de rhum ou de sirop de menthe pour faire disparaître le goût salino-amer de ce purgatif que les personnes délicates et les enfants eux-mêmes prennent avec la plus grande facilité. Dr J.-J. Dupont.

2265. — Les trichines parasites du poisson. — Des trichines viennent d'être découvertes dans le corps d'un brochet pêché non loin d'Ostende. Le Dr Elentin, de cette ville, chargé d'examiner au microscope le poisson, a constaté qu'il était rempli de ces dangereux parasites.

Ces poissons omnivores et rapaces auraient dévoré, de l'avis du docteur, les restes de quelque animal mort infesté de trichines, et la trichinose se serait développée par ce moyen dans leur organisme. Jusqu'à présent cette maladie n'avait guère frappé que le cochon, le poisson ne renfermait en lui-même que les embryons d'une espèce particulière de ver solitaire, qui germait et se développait en eux comme le tænia.

Il devient évident qu'à l'avenir on devra apporter le même soin au choix du poisson qu'à celui de la viande de porc.

(In *Good Health.*) J. de P. S.

2266. — Névralgie des doigts. — Un homme de 32 ans, à la suite d'un refroidissement, présentait de la raideur dans les doigts du côté droit et y ressentait des douleurs. La distension du plexus brachial, faite il y a huit semaines, a été suivie de guérison.

2267. — Tétanos traumatique guéri par la distension du nerf médian, par W.-J. Smith (*Med. Times and Gaz.*, 1880, vol. II, et *Centrablat. für Chir.*, 23 oct. 1880).—Un homme de 54 ans, entré avec une fracture au tiers supérieur du fémur gauche, portait sur le dos de l'avant-bras une plaie contuse, longue de huit pouces, et au fond de laquelle se voyaient les tendons des muscles extenseurs. L'avant-bras ne tarda pas à suppurer et à se gonfler fortement, non seulement sur la face postérieure, mais aussi sur la face antérieure et jusqu'au-dessous du coude. Au pli du coude, en dedans du tendon du biceps, survint une gangrène de la peau. Le gonflement disparut au bout de deux semaines, et, après élimination des lambeaux sphacélés, il resta une substance bourgeonnante.

C'est alors que le malade se plaignit de contractions douloureuses des muscles fléchisseurs, contractions qui pressaient fortement les extrémités digitales dans la paume de la main. Ces crampes augmentèrent au point de troubler le sommeil. Le 20e jour après la blessure, on vit la température s'élever tout à coup, la nuque se raidir, la déglutition devenir difficile ; le lendemain, on constata la contracture faciale, la constriction des mâchoires, la raideur des muscles de la paroi abdominale et des membres. Dans l'après-midi, après anesthésie éthérée, on dénuda le nerf médian à la partie moyenne du bras, on le comprima et on le distendit dans les deux sens. Au réveil, le bras droit ne présentait plus de contracture, et, en deux jours, les symptômes tétaniques avaient disparu.

2268. — Irritation spinale, rétention d'urine, accidents urémiques, ponctions de la vessie, guérison. — M. Ferrand communique l'observation succinte d'un individu de 60 ans, qui a éprouvé des phénomènes nerveux qui l'ont fait considérer tour à tour, par les différents médecins qui l'ont vu, comme atteint de cancer du rectum, d'affection du foie, enfin d'un nervosisme pur et simple.

Il fut pris tout à coup l'an dernier de troubles urinaires dus, non pas à une affection de la prostate comme on l'avait supposé tout d'abord, mais bien à une dilatation de la portion membraneuse de l'urèthre accompagnée d'un peu de cystite du col de la

vessie. Cette dilatation était telle que la sonde pendant deux jours ne put pénétrer dans la vessie, mais allait constamment se perdre dans cette dilatation, elle amena même un peu de sang. Pendant ce temps le malade était en proie à une rétention d'urine sous l'influence de laquelle il survint des accidents urémiques, intermittents d'abord, permanents ensuite, qui s'accompagnèrent d'adynamie, de prostration, stertor, perte de connaissance, insensibilité, encéphalopathie comateuse. Une première ponction fut faite dans la vessie avec le trocart nº 2 de l'aspirateur de Potain, elle donna lieu à l'écoulement d'une urine claire (un litre et demi) ; un soulagement manifeste se produisit et le malade revint à lui au bout d'une heure environ. Mais le lendemain les mêmes accidents recommencent, une seconde ponction est pratiquée. Enfin, 7 ponctions successives furent faites à 24 heures d'intervalle entre chacune d'elles.

Les accidents urémiques disparurent, le malade recouvra la santé, les urines coulèrent de nouveau par l'urèthre, accompagnées pendant un certain temps de mucosités un peu purulentes.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

2269. — Académie de médecine (5 avril). — *Vaccination et revaccination obligatoires.* — M. Fauvel combat M. Depaul, lequel, on le sait, est partisan de la vaccination et de la revaccination. Mais ce n'est pas là le nœud de la question. M. Depaul voit dans l'obligation imposée par la loi un attentat à la liberté du père de famille. M. Fauvel voit la question sous un autre point de vue. Nous sommes ici entourés d'obligations, et tel individu qui, en vertu de la liberté, veut conserver son indépendance quant à la revaccination, peut devenir une cause de propagation et porte ainsi atteinte à la liberté et à la sécurité des autres.

Toute l'argumentation de M. Fauvel n'a en vue que de combattre M. Depaul et il se résume en disant que la Commission de l'Académie, moins un de ses membres, croit que l'obligation doit être imposée.

M. Jules Guérin n'est pas de l'avis de M. Fauvel. Il est et a toujours été partisan de la vaccine ; mais il soutient que l'obligation est vexatoire et attentatoire à la liberté ; en outre, elle est contraire à l'intérêt de la science et à l'avenir de la vaccine. Aucune des nations voisines n'a admis que la revaccination fût obligatoire.

La vaccine, en outre, n'a pas dit son dernier mot. C'est un moyen prophylactique ; il y en a peut-être de meilleurs ; on les cherche. Pourquoi, par cette loi, qui semble le dernier mot de la science, imposer aux médecins le déni des recherches prophylactiques autres que celles de la vaccination ? M. Jules Guérin termine en rappelant qu'au XVIe siècle la Faculté et le Parlement avaient condamné l'antimoine. Que l'Académie évite de tomber dans la même faute.

2270. — Société de chirurgie (6 avril). — *Anthrax, son traitement.* — M. Sée revient sur le traitement de l'anthrax, et après avoir pris connaissance de l'article rédigé par M. A. Guérin sur le traitement de l'anthrax (Dict. de Jaccoud), il persiste à ne pas confondre le traitement de Hueter avec celui de M. A. Guérin. Hueter débridait complètement et dans tous les sens le tissu cellulaire, tandis que M. A. Guérin fait simplement des incisions sous-cutanées. M. Sée fait la section de toutes les brides qui vont de la peau à l'aponévrose superficielle, par des petites ouvertures par lesquelles il fait en même temps des injections antiseptiques.

M. Labbé constate une divergence d'opinions entre tous les chirurgiens. Les uns (Broca) recommandent l'extirpation complète de l'anthrax ; les autres se contentent d'un traitement palliatif. Ces opinions reposent sur des données particulières. Parmi les anthrax, il en est qui guérissent presque seuls et facilement, il en est d'autres dans lesquels l'élimination est difficile. Les anthrax indurés, appelés aussi ligneux, réclament des incisions larges et multipliées, et quelquefois aussi l'ablation recommandée par Broca.

M. Després traite les anthrax sans incision, et sur 49 individus, il n'en a perdu que 3, à savoir : deux diabétiques et un qui est arrivé dans son service étant atteint de phlébite. L'anthrax formé par une réunion de furoncles n'a pas besoin d'incision ; l'anthrax gangréneux ne peut hâter l'élimination de l'eschare.

M. Trélat tient à établir que si Broca a proposé l'ablation de l'anthrax, il n'a jamais fait cette opération. La thérapeutique doit varier avec la cause de l'anthrax. M. Trélat se résume en précisant ainsi le traitement : limitation de la tumeur, élimination des produits sécrétés, antisepsie.

M. Tillaux ne voit pas de différence entre le procédé de Hueter et celui de A. Guérin. Si au début les incisions sont inutiles, il n'en est pas de même quand l'anthrax est arrivé à une certaine période ; les incisions font tomber la fièvre et amènent du soulagement.

M. Verneuil est moins affirmatif. Pour lui, sur 100 anthrax, il y en a 80 qu'il faut laisser tranquilles. Voici les deux indications principales : il faut inciser les anthrax quand ils sont très douloureux et quand ils ne se limitent pas eux-mêmes. Quant aux diabétiques, leur cas est particulier. M. Verneuil repousse chez eux les incisions au bistouri, à cause de la facilité avec laquelle les malades perdent de sang. Il fait avec le thermo-cautère des incisions rayonnées qui, sur tout le pourtour, dépassent les limites de l'anthrax. M. Verneuil considère l'incision sous-cutanée comme une subtilité opératoire.

M. Th. Anger se conforme au précepte de Nélaton qui faisait de grandes incisions cruciales et les prolongeait vers la profondeur, jusqu'à ce que les quatre lambeaux fussent mobiles sur les parties profondes. M. Th. Anger a recours à ce procédé et s'en est toujours bien trouvé.

M. Boinet, chez les diabétiques, fait sept à huit incisions en étoile ; il y met des flèches de pâte de Canquoin et panse avec des tampons de charpie imbibée de teinture d'iode.

COMPENDIUM DE THÉRAPEUTIQUE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

2271. — Traitement de la blennorrhagie par l'iodoforme et l'huile essentielle d'eucalyptus. — Le Dr Watson Cheyne, chirurgien assistant à King's College Hospital, a fait sur la blennorrhagie diverses expériences dignes d'être connues. Neisser a démontré qu'il existe dans le pus des microbes en grande quantité. Se fondant sur l'action antiseptique de l'iodoforme et de l'essence d'eucalyptus, il a eu recours à ces deux substances pour le traitement local. Afin de bien les mettre en contact avec toutes les parties de la muqueuse, il fabrique des bougies au beurre de

cacao qui les renferme. Celles-ci sont introduites et fixées dans l'urèthre; après cela on donne une injection boracique (solution saturée acide d'acide borique) ou bien l'émulsion suivante:

Huile essentielle d'eucalyptus..	ãã 30 grammes.
Gomme acacia................	
Eau..........................	1/2 lit. à 1 litre.

Deux ou trois fois par jour.

A la fin on peut faire des injections de sulfate de zinc : 10 centigr. pour 30 gr. Pendant un jour ou deux l'écoulement continue, puis il devient muqueux et cesse complètement au bout de huit à quinze jours. (*Paris médical*, d'après *Brit. med. Journal*, July 24, 1880.)

2272. = Traitement de la blennorrhagie par le chloral. — L'action caustique et astringente du chloral a donné au Dr Pasqua l'idée de l'employer en injections dans la blennorrhagie. Dans quatre cas traités par ce moyen, il a obtenu de bons résultats. Voici la formule :

Hydrate de chloral.........	1 gr. 50
Eau distillée de roses.......	120 gr.

Deux injections par jour.

Tout d'abord l'injection est suivie d'une sensation douloureuse qui fait bientôt place à une fraîcheur agréable sur le trajet de l'urèthre. Pendant les trois jours qui suivent, la miction n'est plus douloureuse, les érections cessent d'être fréquentes et l'écoulement devient plus pâle; en huit à dix jours tout est fini. (*Paris médical*, d'après *Glascow medical Journal*, June 1880, p. 505, et *Braithwaite's Retrospect*.)

2273. = L'iodoforme dans l'otorrhée chronique. — Czarda a employé avec succès le chloroforme dans le traitement de l'otorrhée chronique à la clinique du professeur Zaufall, à Prague. Le médicament a été employé chez 21 malades dont l'âge variait de 4 à 33 ans. La plupart d'entre eux souffraient depuis des mois ou des années. L'otorrhée était consécutive à la rougeole, à la scarlatine, au typhus. Dans la plupart des cas, la membrane du tympan était détruite plus ou moins complètement. La muqueuse de la trompe d'Eustache était rouge et turgescente; dans la plupart des cas, la sécrétion était abondante; sur 18 cas, l'otorrhée fut 5 fois bilatérale. Dans 8 cas on a employé pendant des mois la solution de nitrate d'argent; dans 2 cas seulement on a eu recours à la poudre d'alun. De petites quantités d'iodoforme pulvérisé ont été injectées dans les oreilles affectées. Quand la suppuration diminue et que l'amélioration est très nette, on introduit dans la caisse du tympan un tampon de ouate imbibé de chloroforme et on le laisse en place pendant trois ou quatre jours. On nettoie soigneusement l'oreille chaque fois qu'il est renouvelé. La suppuration diminue rapidement, le pus n'est plus fétide lors même qu'on est obligé de laisser le tampon en place pendant assez longtemps. Au bout de trois semaines à un mois, la muqueuse auditive reprend ses caractères normaux. L'iodoforme exerce une action résorbante, résolutive et protectrice; il a l'avantage de ne pas former, comme l'alun, en se mélangeant au pus, des concrétions fétides. On dissimule aisément son odeur en l'additionnant de camphre, d'huile éthérée d'amandes amères, de tannin ou de quelques gouttes de menthe poivrée. (*Practitioner*, déc. 1880, p. 446.)

2274. = Du charbon à l'intérieur dans la fièvre typhoïde. — M. Besnier rapporte à la *Société médicale* des hôpitaux qu'il a administré la poudre de charbon dans tous les cas de fièvre typhoïde qu'il a eu l'occasion de soigner. Pour lui, tout d'abord, le charbon de Belloc délayé dans de l'eau, n'est pas d'une déglutition difficile, il est absolument sans inconvénient dans le cas où il existerait des ulcérations intestinales; enfin, donné à la dose de 3 ou 4 cuillerées à bouche dans de l'eau, il désinfecte les garde-robes; le fait est d'autant plus patent que si l'on suspend son emploi, la fétidité de celles-ci reparaît presque aussitôt.

2275. = Traitement du pannus par l'iodoforme. — Le pannus, comme on le sait, est une kératite superficielle, caractérisée par la présence de vaisseaux sanguins dans l'épaisseur de la cornée qui devient rougeâtre et prend l'aspect d'une muqueuse fortement injectée. Cette affection, liée aux diathèses scrofuleuse, lymphatique, rhumatismale, herpétique, s'améliore et guérit par l'iodoforme.

Iodoforme	ãã parties égales.
Poudre de sucre ...	
M.	

pour faire chaque jour le matin une insufflation dans l'œil.

2276. = Propriétés physiologiques et thérapeutiques de la cèdrine et de la valdivine, par MM. Dujardin-Beaumetz et A. Restrepo. — Au mois de décembre dernier, M. Tanret communiquait à l'Académie les résultats de l'analyse de deux fruits de la Colombie, le cédron (*Simaba cedron*, J.-F. Pl.) et le valdivia (*Picrolemna valdivia*, G. Pl.), souvent confondus sous le nom de *noix de cédron;* M. Tanret donna le nom de *cédrine* et de *valdivine* aux principes actifs retirés par lui de ces fruits. Nous avons étudié chez les animaux et chez l'homme l'action physiologique et thérapeutique de ces deux substances, et voici les résultats de nos expériences.

La valdivine possède des propriétés toxiques au plus haut degré; à la dose de 0 gr. 002 à 0 gr. 004, en injection hypodermique, elle détermine la mort d'un lapin de 2 kilog., et celle d'un chien de taille au-dessus de la moyenne à la dose de 0 gr. 006. La caractéristique de son action est la lenteur avec laquelle elle se produit; en effet, la mort n'a lieu que de cinq à dix heures après l'injection, même si la dose injectée est plusieurs fois mortelle. Chez les chiens, la valdivine provoque des vomissements violents, presque continus; les lapins ne vomissent pas, mais, quatre ou cinq heures après l'injection, ils tombent dans un état de profonde torpeur, qui persiste jusqu'à la mort, mort qui survient lentement et n'est point précédée de convulsions.

Chez l'homme, par la voie stomacale, la valdivine, à la dose de 0 gr. 004, provoque souvent des vomissements au bout d'une demi-heure; par la voie hypodermique, cette action est plus lente et moins constante. Administrée contre les morsures de serpent et contre les inoculations de rage, la valdivine n'a jamais empêché la terminaison fatale. Cependant M. Nocard, qui l'a expérimentée à Alfort sur des chiens enragés, à la dose de 0 gr. 004 par jour, a observé d'une manière constante la suppression complète des accès. Les animaux soumis à ce traitement restent insensibles à tout ce qui se passe autour d'eux et meurent sans avoir eu de convulsions. A l'autopsie, on constate une congestion beaucoup moins vive des organes génitaux que chez les animaux enragés non traités.

La valdivine ne paraît avoir aucune action sur les fièvres intermittentes.

La cédrine est beaucoup moins toxique que la valdivine ; il en faut environ 0 gr. 010 pour déterminer la mort d'un lapin de

petite taille ; à la dose de 0 gr. 004 en injection hypodermique, elle produit des vertiges chez l'homme. Pas plus que la valdivine, la cédrine n'a d'action sur les morsures de serpent; toutefois elle possède des propriétés fébrifuges incontestables, quoique son action soit plus lente et moins sûre que celle du sulfate de quinine.

La valdivine et la cédrine ne produisent pas sur les grenouilles, même à doses élevées, des phénomènes toxiques. — M.-L.

2277. = Traitement des tumeurs et des fistules du grand angle de l'orbite, par le Dr Fano. — M. Fano vient de publier sur ce sujet, dans le *Journal d'oculistique*, une étude qui nous semb le très pratique et dont nous donnons ici les conclusions :

1° Tant qu'il n'existe que du larmoiement, quelques mucosités dans le sac ;—que le canal nasal soit libre, ou imperméable aux injections aqueuses faites par le point lacrymal, il faut se borner à pratiquer journellement des injections pour nettoyer le sac, et administrer à l'intérieur de l'iodure de potassium, à la dose d'un à deux grammes par jour.

2° Lorsqu'il existe une tumeur au grand angle, que cette tumeur renferme du muco-pus accumulé dans le sac, il convient d'ouvrir largement celui-ci, de ruginer la portion de l'apophyse montante du maxillaire supérieur que l'on trouve dénudée et qui est le point de départ du mal. On traite ensuite le mal local comme une fistule ossifluente, en s'opposant à la cicatrisation trop rapide de la plaie, et en y pratiquant des injections de teinture d'iode ou d'eau phéniquée. Le sac lacrymal est lavé journellement, en faisant une injection d'eau pure à travers le point lacrymal. L'iodure de potassium est administré à l'intérieur.

3° Le même traitement que celui que nous venons de formuler au paragraphe 2, est exécuté en cas de fistule du grand angle de l'orbite, communiquant avec le sac lacrymal. (*Lyon médica l.*)

2278. = Traitement de l'urticaire chronique. — D'après M. Ernest Labbée il faut recourir à l'usage de l'arséniate de soude à haute dose, 5 milligrammes à 1 centigramme par jour, et aux lotions du sublimé suivant la formule :

Sublimé corrosif...	1 gramme.
Eau distillée.......	100 —
Alcool..............	Q. S.

Les malades adultes, mettent une cuillerée à café de cette solution dans un demi-verre d'eau fraîche, et pratiquent avec ce liquide des lotions sur les parties atteintes, quand surviennent les démangeaisons.

Après quinze jours de traitement, la maladie s'était à peu près éteinte.

Ou bien, on fait prendre aux malades une cuillerée à café, à chaque repas, de la solution suivante :

Arséniate de soude....	5 centigr.
Eau distillée..........	100 grammes.

(150 grammes pour les enfants.)

En outre, on donne des boissons alcalines, des bains alcalins, les bains prolongés, suivant la méthode que préconisait Hebra (de Vienne), c'est-à-dire durant une journée entière, et on fait répandre sur les régions malades un mélange d'oxyde de zinc et d'amidon.

BIBLIOGRAPHIE.

Des dyspepsies gastro-intestinales, par le professeur Germain Sée. Paris, A. Delahaye et Lecrosnier, 1881. 1 vol. in-8°, v-511 pages.

« *On pense comme on digère.* »

2279.—Cet ouvrage se divise en deux parties principales : une qui est théorique et physiologique, l'autre qui est thérapeutique.

M. Sée part de ce principe que les dyspepsies sont avant tout des opérations chimiques et qu'il ne peut y avoir que des dyspepsies de même ordre, quel que soit l'organe où le suc digestif est en défaut, en un mot, que les dyspepsies gastro-intestinales sont des opérations chimiques défectueuses.

Les organes digestifs ne valent que par leur sécrétion, et la sécrétion ne doit son pouvoir qu'aux ferments digestifs destinés à transformer les quatre grandes classes d'aliments (matières albuminoïdes, graisses, fécules, sucres).

Le trouble chimique est donc la condition *sine quâ non* de toute dyspepsie gastro-intestinale. Cette théorie très savamment établie et défendue par M. Sée n'exclut pas la participation des éléments histologiques. Le praticien qui aura à traiter une dyspepsie aura donc à bien chercher les altérations du suc gastrique;

Son degré d'acidité ;

La quantité et l'état des pepsines;

Les altérations du suc gastrique par le mucus ;

Les modifications physiologiques par la présence des peptones en excès ;

Les troubles peptiques par inanition ;

Les signes de la fermentation putride des aliments.

Voilà qui simplifie considérablement la théorie physiologique et par conséquent le traitement des dyspepsies.

Ce n'est que par suite des actions réflexes que M. Sée explique une partie des troubles nerveux qu'on rencontre chez les dyspeptiques : les névralgies, les migraines, les palpitations, etc., et réciproquement toute perturbation nervoso-vasculaire peut, par des procédés opposés, entraver la formation du suc de l'estomac.

Nous passons sur le diagnostic différentiel des dyspepsies pour arriver au traitement.

Pour être rationnel, le traitement de la dyspepsie doit être basé sur les origines chimiques.

M. Sée fait consister le traitement en sept méthodes principales.

Dans la première sont rangés les *digestifs* et les *nutritifs.* Il étudie l'action de l'acide chlorhydrique, des ferments digestifs, des pepsines, des pancréatines, des peptones et, pour ces derniers, il arrive à cette conclusion que, — dans les obstructions des voies supérieures, l'alimentation par les peptones est la seule possible; — dans les dyspepsies graves, dans les vomissements incoercibles, les peptones constituent une ressource auxiliaire qu'il ne faut pas négliger.

Dans la deuxième méthode, M. Sée place les *substances pepsinogènes*, qui sont constituées par les alcalins et l'alcool.

La troisième méthode comprend les *excitants*, et l'auteur expose le mode d'action des amers : colombo, gentiane, quina, bière, orange, etc., etc., du tannin et des substances tanniques, des strychnées, du nitrate d'argent.

Il est une méthode qui depuis quelque temps fait grand bruit, et qui consiste dans le nettoyage de l'estomac à l'aide de la sonde

gastrique. M. Sée en fait l'historique et expose ses indications et son mode d'emploi.

La cinquième méthode est constituée par les *évacuants*, vomitifs et purgatifs. C'est une étude sérieuse sur les évacuants, leur mode d'action, leurs indications.

La sixième comprend les *substances absorbantes* et *neutralisantes*, la magnésie, le charbon, etc. Ce ne sont que des moyens auxiliaires, auxquels l'auteur joint les substances calmantes : l'opium, la belladone, la jusquiame, l'aconit.

Le traitement, quelque savant et rationnel qu'il soit, n'aboutirait à rien, s'il n'était aidé du régime. Plusieurs chapitres sont consacrés au régime, à la digestibilité des aliments azotés, selon leur consistance, leur degré d'hydratation, leur volume, leur contexture, leur mode de préparation, leur degré d'assimilabilité, etc.

Après avoir étudié les aliments azotés, M. Sée étudie de la même manière les aliments non azotés, avant d'en arriver aux régimes dits exclusifs.

Un régime qu'on tend à ressusciter des Hindous, des pythagoriciens, des Chinois, c'est le régime exclusivement végétal ou végétarisme. Il est en Amérique une secte qui le prêche. Il s'est fondé à Paris une société végétarienne présidée par le Dr Hureau de Villeneuve; une thèse a été soutenue sur ce sujet, le 22 juillet 1880, à la Faculté de Paris, par Mme A. Kingsford. M. Sée n'oublie pas de dire ce qu'il pense d'un régime qui serait exclusivement végétal.

La théorie chimique ayant été démontrée, il semble qu'il n'y aurait rien de plus facile que de formuler le traitement chimique. Il n'en est malheureusement pas ainsi.

Il est impossible de donner une analyse de cet important ouvrage qui, reposant sur les données des sciences physico-chimiques et biologiques, laisse bien loin derrière lui les livres de Beau, de Chomel, de Guipon, de Nonat. Nous ne pouvons en donner qu'un aperçu tout à fait sommaire qui ne laissera qu'une idée bien imparfaite du livre lui-même. M. Sée poursuit toujours le but qu'il s'est proposé, lorsqu'il est entré à la Faculté : Ne pas faire une médecine basée sur l'*art*, mais basée sur la science.

NOUVELLES.

— L'hospice des Enfants-Assistés de Paris vient d'être l'objet de deux libéralités testamentaires importantes.

La première est un legs universel de 20,000 francs environ fait en nue propriété en faveur de l'hospice, par M. Chaumon, décédé à Thorigny (Seine-et-Marne), dont l'usufruit avait été laissé par lui à sa veuve, qui est recemment décédée.

La seconde est beaucoup plus considérable. Elle consiste également en une nue propriété, qui vient d'être rendue disponible par le décès de l'usufruitière. Il s'agit d'un capital d'une valeur totale de 200,000 francs, légué par M. le baron Nivière, moitié à l'hospice des Enfants-Assistés de Paris, moitié à celui de Lyon.

— Association générale des médecins de France. — L'assemblée générale annuelle de l'Association aura lieu le dimanche 24 et le lundi 25 avril courant, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, à 3 heures précises.

L'ordre du jour du dimanche 24 avril est ainsi fixé :

1° Rapport de M. Woillez, sur l'élection du président de l'Association générale ;

2° Allocution de M. le président;

3° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier;

4° Rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. Gosselin, membre du Conseil général ;

5° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1880;

6° Rapport de M. Pénard, au nom de la commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères (première partie).

Le banquet offert à MM. les présidents et délégués des sociétés locales des départements, par le Conseil général de l'Association et par MM. les membres de la Société centrale, aura lieu à l'Hôtel Continental, n° 1, rue Castiglione, *à sept heures précises.*

On souscrit par lettre, chez M. le Dr Brun, trésorier de l'Association, rue d'Aumale, 23. — Le prix de la souscription est de 20 fr.

— Augmentation du nombre des aliénés. — Il a été traité, en 1877, dans les quarante-six asiles publics départementaux, 34,142 malades, et dans la maison nationale de Charenton, 745 ; dans les quartiers d'hospices, 7,534 ; dans les asiles privés faisant fonctions d'asiles publics, 12,574. Mentionnons encore 2,317 aliénés traités dans les asiles privés qui n'admettent pas d'indigents. Le total des aliénés a donc été de 57,312. L'accroissement est continu depuis 1873 (52,478). (*Lyon médical.*)

— *Mortalité à Paris.* — Population d'après le recensement en 1876 : 1,988,806 habitants, y compris 18,380 militaires. Population probable de 1881 : 2,020,000. — Du vendredi 25 au jeudi 31 mars, les décès ont été au nombre de 1,245. Ils sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde, 34.—Variole, 37.— Rougeole, 18.—Scarlatine, 7.—Coqueluche, 11.—Diphthérie, Croup, 53.—Dysentérie, 1.—Erysipèle, 6.—Fièvre puerpérale, 7.—Méningite, 67.—Phthisie pulmonaire, 189.—Tuberculose, 14. — Autres affections générales, 76. —Débilité des âges extrêmes, 64. — Bronchite aiguë, 50. — Pneumonie, 116.— Entérite de l'enfance, 66. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 91;— de l'appareil circulatoire, 75; — de l'appareil respiratoire, 92; — de l'appareil digestif, 47; — de l'appareil génito-urinaire, 26 ; — de la peau et du tissu lamineux, 1. — Os et articulations, 11.—Morts violentes, 24.— Causes non classées, 10. —Nombre absolu de la semaine, 1,196.

Résultats de la semaine précédente : 1,245.

Le Propriétaire-Gérant : Dr BOUCHUT.

PARIS. — IMPRIMERIE A. PARENT.
A. DAVY, successeur, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31